AUX MANES

DE MON PÈRE.

Regrets éternels !!!

A MON EXCELLENTE MÈRE.

Faible témoignage de reconnaissance et d'amour.

A MA FEMME.

Gage de ma plus chère affection.

A MON BEAU-PÈRE,

CHARLES PICOT,

CAPITAINE EN RETRAITE,

CHEVALIER DE SAINT-LOUIS ET DE LA LÉGION D'HONNEUR.

Je te dois tout mon bonheur.

CH. LIANDON.

A MES FRÈRES,

A MON BEAU-FRÈRE

CLÉMENT PICOT,

Ingénieur des ponts et chaussées.

Amitié sans bornes.

CH. LIANDON.



PROPOSITIONS GÉNÉRALES

SUR

LES PLAIES PÉNÉTRANTES

DE LA POITRINE.

I.

Les instruments tranchants, piquants et contondants peuvent produire des plaies pénétrantes de la poitrine.

II.

Les plaies pénétrantes de la poitrine, lorsqu'elles sont simples, diffèrent peu, quant à leur gravité et aux indications qu'elles présentent, de celles qui ne le sont pas.

III.

Les plaies pénétrantes de la poitrine sont rarement simples.

IV.

Toute plaie pénétrante de la poitrine, avec ou sans lésion des organes intérieurs, doit être réunie immédiatement.

V.

Les plaies pénétrantes de la poitrine doivent être pansées le plus rarement possible.

VI.

Le pronostic dans les plaies pénétrantes de la poitrine est parfois très-difficile à établir : telle blessure dont l'issue paraît devoir être funeste, n'est souvent suivie d'aucun accident; telle autre présente au premier aspect un état de simplicité qui est bientôt détruit par de graves accidents.

VII.

Dans les plaies pénétrantes de la poitrine, le poumon est le plus souvent lésé.

VIII.

Les plaies du poumon ne sont mortelles ou accompagnées d'un grand danger, que lorsque des vaisseaux d'un certain calibre ont été divisés.

IX.

La blessure est plus dangereuse à la partie supérieure du poumon.

X.

Quand le malade tousse et rejette par la bouche un sang rouge clair et écumeux, et lorsqu'il s'échappe par la plaie, avec bruit, un sang vermeil et bouillonnant, le poumon est blessé.

XI.

Si le poumon est adhérent à la plèvre costale, l'air ne pénétrera point dans la poitrine et le sang coulera sans bruit par la plaie.

XII.

L'agitation de la flamme d'une bougie placée devant une plaie de la poitrine, annonce que cette plaie pénètre dans la cavité de la plèvre.

XIII.

La réunion immédiate doit se faire promptement dans les plaies pénétrantes de la poitrine avec lésion du poumon.

XIV.

Ces plaies s'accompagnent toujours d'une douleur profonde, de difficulté de respirer, de malaise et de fièvre.

XV.

Le repos, le silence le plus absolu, la diète sévère, les boissons rafraîchissantes, astringentes, et les saignées par une large ouverture, calmeront les accidents précités.

XVI.

Les saignées multipliées produisent des effets inespérés dans les blessures du poumon.

XVII.

L'eau froide ou la glace appliquées sur le thorax peuvent arrêter les grandes hémorrhagies du poumon.

XVIII.

Dans les blessures du poumon avec hémorrhagie, la plaie ayant été réunie immédiatement d'une manière exacte, des adhérences entre le poumon et la plèvre costale peuvent s'opposer à la formation d'un épanchement considérable.

XIX.

Dans les plaies pénétrantes de la poitrine le poumon fait rarement hernie à travers les lèvres de la plaie.

XX.

La hernie du poumon est peu grave; on a pu lier, brûler ou extirper la portion herniée sans qu'il en soit résulté des accidents.

XXI.

Si la portion du poumon qui forme hernie est saine, il faut en faire la réduction à l'instant même; si elle est frappée de gangrène, il faut en faire la ligature et l'exciser au-dessous.

XXII.

L'emphysème peut survenir dans les plaies pénétrantes de la poi-

trine avec ou sans lésion du tissu pulmonaire ; mais il est toujours plus considérable dans le premier cas que dans le second.

XXIII.

On n'observe l'emphysème que lorsque la plaie est étroite et oblique.

XXIV.

On abandonne à la nature l'emphysème peu considérable, l'air se mèle à la sérosité et est bientôt absorbé.

XXV.

Dans l'emphysème général, la peau est pâle et luisante, molle, élastique, elle ne conserve point l'impression du doigt qui la presse, elle revient aussitôt après sur elle-même, elle crépite ; les membres sont distendus, roides, inflexibles, et les plis des articulations sont effacés ; le derme chevelu, la plante des pieds et la paume des mains sont les seules parties qui ne participent pas à cet état.

XXVI.

Lorsque l'emphysème menace d'envahir toutes les parties du corps, on pratique une incision profonde à l'endroit même de la plaie ; elle doit s'étendre jusqu'au point par où l'air sort de la poitrine.

XXVII.

Des ventouses scarifiées, des scarifications, puis des pressions légères avec la main dirigées vers les incisions, procurent la sortie de l'air infiltré dans le tissu cellulaire ; on pratique ensuite des fomentations toniques et excitantes sur les parties qui avaient été distendues.

XXVIII.

Dans les plaies pénétrantes de la poitrine, la lésion de l'artère inter-costale est rare.

XXIX.

Lorsque la plaie est large et directe, on reconnaît sa blessure à la sortie du sang rouge et vermeil et à la cessation de son écoulement

quand le doigt, introduit dans la plaie, comprime l'artère sur le bord inférieur de la côte qui correspond à la lèvre supérieure de la solution de continuité.

XXX.

L'oppression, la respiration courte, fréquente, suspirieuse, une anxiété extrême, la position fléchie du tronc, le décubitus sur le côté malade, la pâleur cadavéreuse de tout le corps, le froid des extrémités, une transpiration visqueuse qui couvre les tempes et le cou, le claquement des dents, la faiblesse du pouls, la plus grande amplitude du côté blessé, le son mat rendu par la percussion et quelquefois la présence de larges ecchymoses à la partie postérieure du dos, sont les signes de l'épanchement du sang dans le thorax, lorsqu'ils se manifestent immédiatement ou peu de temps après une plaie pénétrante de la poitrine.

XXXI.

Le sang qui s'épanche dans la poitrine provient de la mammaire interne, d'une artère inter-costale, des vaisseaux du poumon, de ceux du cœur, ou du cœur lui-même.

XXXII.

Quand l'instrument vulnérant a divisé largement de gros vaisseaux ou le cœur, le sang est versé en si grande abondance, que le blessé meurt presque subitement d'hémorrhagie et de suffocation.

XXXIII.

Il est souvent difficile de savoir si l'épanchement est dû à la blessure de l'artère inter-costale ou à celle du poumon.

XXXIV.

Une erreur de diagnostic de ce genre peut causer la mort du malade.

XXXV.

L'absence absolue des signes indiquant la blessure des organes contenus dans la poitrine, l'inspection de la plaie et de l'instrument vulnérant, doivent décider le chirurgien à agrandir la plaie pour arrêter l'hémorrhagie.

XXXVI.

Si l'on ne pratique pas la ligature de l'artère inter-costale, ou si l'on n'en opère pas la section complète et le refoulement des deux extrémités, c'est le procédé de Desault qui doit être préféré dans les plaies pénétrantes de la poitrine, pour arrêter l'hémorrhagie provenant de la blessure de l'artère dont nous parlons.

XXXVII.

Il ne faut pratiquer l'opération de l'empyème que lorsqu'on a acquis la certitude que l'hémorrhagie intérieure est arrêtée. Cependant il est quelques cas, rares à la vérité, qui prouvent que dans un cas de suffocation imminente, le chirurgien devrait s'écarter de cette règle et faire à la poitrine une large ouverture, afin qu'après la sortie rapide du sang, l'air puisse entrer brusquement dans la plaie et affaisser le poumon, ce qui ne pourrait s'effectuer sans que ses vaisseaux ne fussent repliés sur eux-mêmes, et sans que la plaie du poumon ne diminuât d'étendue.

XXXVIII.

L'opération de l'empyème se pratique entre la quatrième et la cinquième côte du côté droit, et entre la troisième et la quatrième du côté gauche.

XXXIX.

Si le blessé est pâle et faible, s'il a les extrémités froides, des lipothymies ou des syncopes ; si son pouls est faible, fréquent, concentré, l'hémorrhagie n'est pas arrêtée.

XL.

Si, au contraire, la chaleur et la coloration sont rétablies à l'extérieur et aux extrémités du corps, si le pouls s'est relevé et s'il a repris de l'ampleur et de la force, l'hémorrhagie est arrêtée.

XLI.

Dans les plaies pénétrantes de la poitrine suivies d'épanchement, s'il est possible de faire prendre au malade une position telle que la

blessure devienne momentanément le point le plus déclive du thorax, il vaut mieux agrandir la plaie, si cela est nécessaire, que de pratiquer l'opération de l'empyème.

XLII.

On doit faire évacuer, autant que possible, la totalité du liquide épanché dans la cavité thoracique.

XLIII.

Les liquides injectés entre les plèvres sont le plus souvent nuisibles.

XLIV.

Les plaies qui pénètrent dans les cavités du cœur sont nécessairement mortelles, mais elles ne le sont pas toujours subitement.

XLV.

Les plaies des parois des ventricules n'entraînent pas toujours la mort; celles des oreillettes doivent être essentiellement mortelles.

XLVI.

Le diagnostic des plaies du cœur est difficile à établir.

XLVII.

Les plaies des gros vaisseaux et particulièrement des grandes artères de la poitrine sont inévitablement mortelles.

XLVIII.

Dans les plaies pénétrantes de la poitrine l'œsophage est rarement atteint.

XLIX.

Les plaies de l'œsophage sont très-graves, mais elles ne sont pas toujours mortelles.

L.

La difficulté de la déglutition, la sensation du froid ressentie par le malade lors du passage des aliments ou des boissons dans la poitrine, la gêne dans la respiration qui survient immédiatement après, et enfin la sortie par la plaie des boissons et des aliments, sont les signes certains de la lésion de l'œsophage.

LI.

Dans les plaies de l'œsophage, l'abstinence complète des aliments et des boissons, pendant plusieurs jours, est indispensable; ce moyen rationnel peut entraîner la guérison.

LII.

Dans une plaie pénétrante de la poitrine, le diaphragme peut être blessé; l'estomac, les intestins ou l'épiploon peuvent faire hernie par la blessure: ce genre de plaie est susceptible de guérison.

LIII.

Les plaies d'armes à feu peuvent pénétrer dans l'intérieur de la poitrine ou la traverser de part en part sans occasioner la mort.

LIV.

Dans les plaies d'armes à feu, le projectile, frappant obliquement la poitrine, reste dans l'intérieur de ses parois, sort dans un endroit plus ou moins éloigné, ou même dans le point diamétralement opposé à son entrée, et peut faire croire à la pénétration.

LV.

Les plaies d'armes à feu se compliquent souvent de la présence d'une ou plusieurs balles et de corps étrangers.

LVI.

Lorsque le projectile n'a pas traversé de part en part la poitrine, il ne faut pas en conclure qu'il est nécessairement demeuré dans cette cavité.

LVII.

Lorsque le projectile a traversé de part en part la poitrine, la plaie peut encore être compliquée par la présence de corps étrangers.

LVIII.

L'inspection minutieuse des habits du blessé peut aider singulièrement le diagnostic du chirurgien, dans les plaies d'armes à feu de la poitrine.

LIX.

Dans les plaies pénétrantes d'armes à feu de la poitrine, si le corps étranger n'est pas visible, s'il ne fait pas saillie sous quelque point des parois du thorax, et surtout s'il n'est pas accessible au doigt, il faut se garder d'aller à sa recherche avec un instrument quelconque.

LX.

Les plaies d'armes à feu de la poitrine, compliquées de la présence de corps étrangers, cicatrisent parfois avec une rapidité surprenante.

LXI.

Les plaies d'armes à feu de la poitrine sont moins souvent suivies d'hémorrhagie que celles produites par armes blanches.

LXII.

Les plaies pénétrantes d'armes à feu de la poitrine sont accompagnées de grands dangers, à cause de la phlegmasie intense qu'elles suscitent, de l'abondante suppuration qui leur succède, des corps étrangers qu'elles renferment souvent, des hémorrhagies consécutives qui peuvent survenir, et, enfin, à cause du brisement plus ou moins étendu des côtes.

LXIII.

Le débridement est exclu des plaies pénétrantes d'armes à feu de la poitrine, s'il n'est indiqué par quelques circonstances particulières.

LXIV.

Quelques applications de sangsues autour de l'ouverture de la plaie, et des topiques émollients, produisent ordinairement de bons effets dans ces sortes de plaies.

LXV.

Dans les plaies pénétrantes de la poitrine, il faut entretenir la liberté du ventre, au moyen des délayants, des minoratifs ou des purgatifs.

J'avais d'abord l'intention de traiter, d'une manière complète et méthodique, des plaies pénétrantes de la poitrine ; mais des devoirs impérieux, en m'obligeant à hâter l'instant de ma réception, m'ont contraint d'analyser rapidement ce que j'ai lu et ce que j'ai eu l'occasion d'observer dans la pratique des hôpitaux militaires surtout, où les blessures de ce genre se présentent fréquemment. Je joins ici quelques-unes des observations qui m'ont servi à rédiger plusieurs des propositions précédentes.

Il y a dix ans à peu près, j'étais externe à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, lorsque le chirurgien en chef fit observer aux élèves, pendant sa clinique, un homme qui avait reçu un coup de couteau à la partie inférieure et un peu latérale droite de la poitrine ; la plaie des téguments était cicatrisée, mais l'estomac continuait à faire hernie à travers l'espace inter-costal, quand il ne renfermait point d'aliments ; le malade ne présentait, du reste, aucun phénomène particulier ; il paraissait peu s'inquiéter de sa nouvelle incommodité.

Plus tard, en 1829 ou au commencement de 1830, j'étais interne par intérim dans le même hôpital, lorsqu'on apporta M. D.... marchand tailleur, qui fut placé dans une des salles des malades payants ; il s'était battu en duel avec un de ses débiteurs, et il avait reçu une balle à la partie antérieure et supérieure de la poitrine. M. Chaumet, chirurgien chef-interne, ancien sous-aide de la Garde, fut appelé : le malade respirait avec peine, l'anxiété était extrême, il y avait de la toux mais point de crachement de sang, la blessure ne présentait qu'une ouverture. Après avoir acquis la certitude que la balle n'était point demeurée dans les vêtements du blessé, M. Chaumet s'assura qu'elle n'avait point glissé sur les parois de la poitrine et ne s'était

point logée dans leur épaisseur, comme cela arrive fréquemment. Le blessé assurait aussi, qu'au moment où il s'était senti frappé, il avait éprouvé la sensation d'un corps froid, qui semblait avoir pénétré dans l'intérieur de son poumon. Les anciens chirurgiens, qui pensaient que les corps lancés par l'explosion de la poudre acquéraient dans leur mouvement rapide un degré de température capable de brûler nos parties, auraient trouvé, dans le signe fourni par ce blessé, une objection formidable contre leur explication de la cause des désordres observés dans les plaies d'armes à feu. Je reviens au sujet de mon observation ; il était donc certain que la balle était renfermée dans la poitrine ; aucune tentative ne fut faite pour extraire ce corps étranger ; de larges saignées furent pratiquées pour calmer les accidents, des sangsues furent placées au pourtour de la blessure, puis des topiques émollients. La diète la plus sévère, le repos et le silence le plus absolus furent prescrits. Le lendemain de l'entrée de ce malade dans l'hôpital, je fus obligé de m'absenter. A mon retour, plusieurs mois après, j'appris que la guérison de cette blessure avait été rapide, qu'aucun accident n'était venu troubler sa marche, que la balle était demeurée dans la poitrine, et qu'enfin ce blessé était sorti de l'hôpital et vaquait à ses occupations.

A Lille, en 1832, un caporal provoqua en duel tous ceux de sa compagnie ; il en mit deux hors de combat, il blessa aussi le troisième, mais celui-ci eut assez de force pour se fendre à fond, la pointe de son sabre passa entre le bras et l'avant-bras demi-pliés de son adversaire en lui faisant deux légères blessures, et pénétra entre la sixième et la septième côte à droite, et très-près du sternum. Le blessé mourut pendant qu'on le transportait à l'hôpital militaire ; à l'autopsie, nous constatâmes que la pointe du sabre, après avoir traversé le médiastin, était entrée dans la cavité gauche du thorax et avait divisé l'aorte près de son origine, dans l'étendue de quatre à cinq lignes.

En avril 1834, on apporta à l'hôpital militaire d'Ajaccio le nommé D......; poursuivi par les voltigeurs corses, D...... avait tiré ses deux coups de fusil : alors n'ayant plus de moyen de défense contre plusieurs soldats armés, il voulut fuir, mais au moment où il franchissait une muraille, il reçut un coup de carabine à l'épaule droite et tomba ; il fut pansé d'abord et saigné par un chirurgien du pays. Le lendemain, afin d'éviter un long circuit et d'épargner au blessé les douleurs que lui auraient produites les cahotemens d'un transport quelconque par terre, il fut mis dans un bateau pour traverser le golfe. A son arrivée il n'en était pas moins très-fatigué, la respiration se faisait difficilement, il y avait de la toux avec crachement de sang. La balle était entrée dans la cavité sous-épineuse de l'omoplate droite et était sortie à la partie antérieure du même côté, deux doigts à peu près au-dessous de la clavicule ; tout faisait présumer qu'elle avait traversé la partie supérieure du poumon droit. Une large saignée fut pratiquée et renouvelée le soir, les plaies furent pansées avec des topiques émollients, le régime des maladies aiguës fut prescrit ainsi que le repos et le silence ; les accidents semblèrent se calmer le premier et le second jour, le troisième ils augmentèrent de nouveau, la difficulté de respirer devint extrême, la saignée fut renouvelée, mais vers quatre heures du matin, le quatrième jour de son arrivée à l'hôpital et le cinquième de sa blessure, D...... sauta hors de son lit, se tint debout un instant, se rejeta sur son lit et il expira. Vingt-quatre heures après on procéda à l'autopsie; la cavité thoracique droite était plus ample que la gauche, du sang s'écoulait par la plaie postérieure. On essaya d'abord, mais en vain, d'introduire une grosse sonde par l'ouverture postérieure, espérant atteindre la plaie antérieure ; jamais on ne put la faire pénétrer dans la poitrine. On se décida alors à suivre avec soin le trajet de la balle, on incisa donc avec un bistouri en commençant par la plaie postérieure, et nous ne fûmes pas peu surpris en voyant que notre diagnostic avait été à peu près complétement faux. En effet, la balle, après avoir fracturé l'omoplate au-dessous de l'apophyse épineuse, s'était dirigée en dehors entre la troisième et la quatrième côte qu'elle avait brisées en esquilles

à leur partie moyenne ; en même temps elle avait déchiré l'artère inter-costale, puis elle s'était portée un peu en haut et en dedans pour sortir deux doigts au-dessous de la clavicule, comme je l'ai déjà dit. Cette observation prouve combien le diagnostic peut devenir difficile dans les plaies d'armes à feu de la poitrine. La blessure du poumon par les fragments des côtes occasiona la toux et le crachement de sang qui nous en imposèrent, prévenu comme nous l'étions pour la pénétration, par l'aspect des deux plaies diamétralement opposées.

Pendant que j'étais employé à l'hôpital militaire de Sedan, j'ai pu observer deux cas de plaies pénétrantes de la poitrine : dans le premier, un soldat du 2e régiment de ligne avait reçu en duel un coup de fleuret qui avait pénétré dans la poitrine, quatre doigts au-dessous du bord axillaire du grand pectoral. La blessure n'avait que trois ou quatre lignes de longueur ; on appliqua un emplâtre de diachylon, quelques compresses et un bandage de corps un peu serré, afin de diminuer la mobilité des côtes pendant les mouvements respiratoires. Le blessé éprouvait une douleur vive, fixe et profonde, surtout pendant l'inspiration et la toux qui était fréquente ; les crachats étaient sanguinolents ; le pouls était large et fréquent. Ce malade fut largement saigné ; on lui prescrivit des boissons froides et adoucissantes, la diète, le repos et le silence ; un mieux sensible fut bientôt remarqué, mais la douleur persista plusieurs jours et ne céda qu'à deux applications de sangsues et à l'emploi des ventouses sèches. Ce blessé sortit parfaitement guéri une vingtaine de jours après son entrée dans l'hôpital.

Dans le second cas, un voltigeur du même régiment s'était aussi battu en duel, il avait reçu un coup de pointe de sabre-poignard, entre la sixième et la septième côte du côté droit, à peu près vers la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs. Au moment de la blessure et pendant son transport à l'hôpital, ce blessé avait

perdu de sang, mais à son arrivée l'hémorrhagie paraissait arrêtée; la plaie fut réunie immédiatement par un emplâtre de diachylon, on appliqua dessus des compresses et on les maintint avec un bandage de corps médiocrement serré. La respiration était un peu gênée, mais il n'y avait point de toux, ni de crachement de sang. Le malade fut saigné et mis au régime. Le lendemain, même difficulté de respirer, le pouls était encore fort, le sujet était robuste, on renouvela la saignée deux fois dans la journée; la nuit suivante, le malade fut très-oppressé, et le second jour, à la visite du matin, l'anxiété était extrême, le malade paraissait menacé de suffocation, le pouls était petit, accéléré et concentré; il se plaignait d'une douleur insupportable à l'hypocondre droit et à la partie postérieure de l'épaule du même côté. Pendant qu'on délibérait sur la conduite que l'on devait tenir, car on n'avait pu méconnaître la présence d'un épanchement de sang dans la cavité thoracique, produit par la blessure de l'artère inter-costale, le sang fit irruption par la plaie et inonda le lit du blessé; aussitôt on enleva les pièces du premier pansement, et la plaie était à peine découverte que l'air se précipita dans la poitrine avec bruit. A l'aide du doigt on s'assura de la blessure de l'inter-costale, et on pratiqua le tamponnement à la méthode de Desault. Le soulagement qui avait succédé à l'ouverture de la plaie ne dura pas; le lendemain on fut obligé de pratiquer une nouvelle saignée, dès-lors un mieux véritable s'établit, la respiration devint moins laborieuse, la fréquence du pouls diminua, le malade fut plus attentif à écouter les conseils qu'on lui donnait dans l'intérêt de sa position, jamais il ne fut cependant possible d'obtenir de lui le silence et le repos. Quelques jours après le tampon fut retiré, on fit placer le blessé sur le côté de la plaie, et il s'écoula une grande quantité de sérosité purulente et de sang coagulé; on pansa la plaie avec une compresse fenêtrée enduite de cérat, en prenant le soin de la faire pénétrer dans la plaie, avec de la charpie, des compresses, et on soutint le tout par un bandage de corps auquel on fixa par des rubans les angles de la compresse fenêtrée. Le blessé se trouva beaucoup mieux après ce pansement, on lui permit bientôt quelques légers aliments, ses forces revinrent, mais le pus

sortait chaque jour par la plaie à chaque pansement, il répandait une odeur des plus fétides. Cet homme s'était habitué à se pencher sur le bord de son lit, il saisissait les barreaux d'une chaise, et plaçant sa plaie dans une position déclive, il évacuait tous le pus qui s'exhalait de ses plèvres dans l'intervalle d'un pansement à l'autre. Plus tard on supprima la compresse fenêtrée et on la remplaça par une mèche; enfin, l'ouverture devint si étroite qu'on avait peine à y introduire un stylet ordinaire, il n'en sortait pas moins encore une grande quantité de pus. Ce n'est que plusieurs mois après que la suppuration s'arrêta, la plaie se ferma aussitôt. Ce blessé avait été réformé, il voulut rentrer dans ses foyers, et l'on permit sa sortie en lui donnant les moyens de transport. Le poumon du côté blessé paraissait s'être complétement affaissé, la cavité thoracique correspondante était sensiblement rétrécie, l'épaule était abaissée et paraissait amaigrie.

J'ai vu encore, peu de jours après mon arrivée à l'hôpital militaire d'instruction de Lille, en 1836, un soldat blessé d'un coup de sabre à la partie supérieure et antérieure du côté gauche de la poitrine; sa blessure était longue de près d'un pouce, le sang s'échappait en bouillonnant et à grands flots de cette plaie. M. Trachez, chirurgien en chef, s'étant assuré que l'hémorrhagie était la suite d'une lésion du poumon, réunit la plaie au moyen d'emplâtres agglutinatifs; il plaça dessus un grand nombre de compresses trempées dans l'eau très-froide, il les assujétit par un bandage de corps un peu serré, et il ordonna d'arroser fréquemment l'appareil: l'hémorrhagie s'arrêta et le blessé fut promptement guéri sans qu'aucun accident se soit développé.

FIN.

Faculté de Médecine

DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen.	*Clinique médicale.*
BROUSSONNET, *Suppléant.*	*Clinique médicale.*
LORDAT.	*Physiologie.*
DELILE.	*Botanique.*
LALLEMAND, *Examinateur.*	*Clinique chirurgicale.*
DUPORTAL.	*Chimie médicale.*
DUBRUEIL, *Examinateur.*	*Anatomie.*
DUGES.	*Pathologie chirurgicale, Opérations et Appareils.*
DELMAS.	*Accouchements, Maladies des femmes et des enfants.*
GOLFIN.	*Thérapeutique et matière médicale.*
RIBES, *Examinateur.*	*Hygiène.*
RECH.	*Pathologie médicale.*
SERRE.	*Clinique chirurgicale.*
BERARD, Président.	*Chimie générale et Toxicologie.*
RENÉ.	*Médecine légale.*
M.	*Pathologie et Thérapeutique générales.*

Professeur honoraire : M. Aug.-Pyr. DE CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM. VIGUIER.
KÜNHOHLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET.
TOUCHY.
DELMAS.
VAILHÉ, *Examinateur.*
BOURQUENOD.

MM. FAGES, *Examinateur.*
BATIGNE.
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET, *Suppléant.*
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.